

L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois : cadre conceptuel et méthodologie

The Santé-Québec survey and mental health of Québécois : conceptual framework and methodology

Chantal Perrault

Volume 14, numéro 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031494ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031494ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Perrault, C. (1989). L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois :
cadre conceptuel et méthodologie. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 132–143.
<https://doi.org/10.7202/031494ar>

Résumé de l'article

L'enquête Santé Québec est l'enquête de santé la plus importante réalisée jusqu'ici au Québec sur les habitudes de vie et l'état de santé physique et psychologique de près de 20 000 personnes de 15 ans et plus résidant dans les ménages privés. Le volet santé mentale de l'enquête se situe dans la tradition des enquêtes d'épidémiologie sociale. L'article décrit la logique qui a conduit au choix des indicateurs de santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique, idéations et tentatives de suicide, quelques problèmes psychologiques sévères) et des instruments de mesure. L'utilité et les limites de l'enquête sont discutées.

L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois: cadre conceptuel et méthodologie

*Chantal Perrault**

L'enquête Santé Québec est l'enquête de santé la plus importante réalisée jusqu'ici au Québec sur les habitudes de vie et l'état de santé physique et psychologique de près de 20 000 personnes de 15 ans et plus résidant dans les ménages privés. Le volet santé mentale de l'enquête se situe dans la tradition des enquêtes d'épidémiologie sociale. L'article décrit la logique qui a conduit au choix des indicateurs de santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique, idéations et tentatives de suicide, quelques problèmes psychologiques sévères) et des instruments de mesure. L'utilité et les limites de l'enquête sont discutées.

L'enquête Santé Québec constitue l'enquête de santé la plus importante réalisée jusqu'ici auprès de la population générale du Québec. Elle s'inspire en bonne partie de l'enquête Santé Canada (1978), et fournit des milliers d'informations sur l'état de santé physique et psychologique des personnes âgées de quinze ans et plus résidant en ménage privé. Sa tentative de structuration et d'approfondissement du volet de la santé mentale, volet resté à l'état embryonnaire dans l'enquête Santé Canada, constitue son apport le plus original.

Dans cet article, il ne sera pas question des résultats déjà publiés (Perrault et al., 1988) ou à venir¹ de l'enquête. Nous nous attacherons plutôt à décrire le contexte des enquêtes de santé mentale, le cadre conceptuel de Santé Québec concernant la santé mentale, la logique ayant inspiré la sélection finale des variables étudiées et des instruments choisis pour les mesurer et les contraintes qui en résultent. Nous éviterons d'entrer dans une description trop détaillée de l'échantillonnage, des outils et du plan d'analyse qui ont été décrits ailleurs (Santé Québec, 1987-1988).

Enfin, pour soutenir l'intérêt des lecteurs et lectrices intéressés à la santé mentale mais peu familiers avec le vocabulaire de la recherche, nous avons essayé dans la mesure du possible d'éviter les termes trop techniques.

Santé Québec: Cadre conceptuel et méthodologie générale

Cadre conceptuel

«L'enquête Santé Québec s'inscrit dans un cadre conceptuel où l'on considère la santé comme le résultat d'un processus d'adaptation entre l'homme et son milieu. C'est un processus dynamique, c'est-à-dire que les éléments qui le composent peuvent s'influencer mutuellement sans qu'il y ait linéarité. Il implique une interrelation complexe entre la biologie humaine, les comportements individuels et les différents aspects de l'environnement physique, social et économique. L'état de santé n'est pas apprécié par la seule condition dans laquelle l'organisme se trouve mais revêt un caractère fonctionnel comme résultat d'un processus d'adaptation que l'on peut vérifier par la capacité de l'individu d'exercer ses activités habituelles.» (Chénard et al., 1985).

L'enquête Santé Québec s'est donc structurée autour du modèle schématique illustré dans le tableau 1².

Ce modèle tient compte des déterminants de l'état de santé dans ses dimensions physiques, mentales et sociales et des conséquences qu'entraîne un état de santé donné.

Méthodologie

L'enquête Santé Québec a été menée conjointement par le ministère de la Santé et des Services

* L'auteure est travailleuse sociale et conseillère en santé mentale au DSC Maisonneuve-Rosemont. Elle était membre du groupe d'analyse des données santé mentale de l'enquête Santé Québec.

TABLEAU 1

Schéma du cadre conceptuel de Santé Québec

Déterminants	État de santé	Conséquences
habitudes de vie	physique	consommation de soins et services
antécédents (personnels et familiaux)	mentale	
environnement (contexte socio-démographique)	sociale	fonctionnalité (incapacité, impact sur les rôles sociaux)

sociaux et les 32 départements de santé communautaires (D.S.C.) québécois. Entreprise en 1981, elle a débuté par un projet pilote dont la réalisation a été confiée à l'équipe de Recherche psychosociale du C.H. Douglas de Verdun (Kovess et al., 1982, 1985). Par la suite l'enquête proprement dite a été menée en 1987. Ses premiers résultats ont été publiés à l'automne 1988 sous le titre : *Et la santé ça va ?* Les données ont été recueillies auprès de 13 700 ménages privés, répartis sur l'ensemble des territoires des 32 D.S.C. L'échantillonnage des ménages a été constitué de façon à assurer une double représentativité : la représentativité des aires géographiques divisées en secteurs de dénombrement dans chaque territoire de D.S.C. (unités primaires d'échantillonnage ou UPE) et la représentativité aléatoire des ménages au sein de chaque UPE. De plus, pour tenir compte de l'aspect saisonnier des problèmes de santé, la cueillette des données a été répartie en huit vagues de collecte dans chaque territoire de D.S.C. L'information a été rassemblée au moyen de deux instruments :

- un questionnaire rempli par l'intervieweur, Le QRI, au cours d'une entrevue directe avec le(la) répondant(e) du ménage ;
- un questionnaire auto-administré, le QAA, devant être rempli par tous les membres du ménage âgés de quinze ans et plus.

Les deux questionnaires comportent une version française et une version anglaise et sont constitués de questions fermées. Le QRI pose une foule de questions sur les caractéristiques socio-démographiques du ménage, les problèmes de santé et le recours aux soins et services par chacun des membres du ménage pendant les deux semaines précédant l'enquête. Le QAA contient plusieurs pages de questions sur les habitudes de vie, la satisfaction à l'égard de la vie familiale et sociale, le stress vécu et la perception subjective de l'état de santé. L'opération terrain a été confiée à la firme Sorécom qui a remis à la fin de l'année 1987 aux responsables de l'enquête 11 323 QRI et 19 724 QAA complétés et codifiés. Les taux de réponse sont de 87,3 % pour le QRI et de 81 % pour le QAA.

L'enquête Santé Québec ne comporte pas de mesure dite objective, comme le seraient par exemple, la pesée ou la prise de tension artérielle au moyen d'instruments calibrés effectuées par des professionnels. Toutes les données sur l'état de santé physique et psychologique sont des mesures qualitatives de morbidité perçue obtenues de l'intéressé(e) (QAA) ou d'un tiers de l'entourage (QRI).

L'enquête Santé Québec ne comprend dans son échantillon que les ménages privés. Un ménage privé se définit ainsi : la ou les personnes autres que les résidents étrangers qui occupent un logement privé et n'ont pas de domicile habituel ailleurs au Canada. Le nombre de ménages privés est égal au nombre de logements privés occupés (Statistique Canada, 1986). Les personnes qui, au moment de l'enquête, résidaient dans les hôpitaux de courte ou de longue durée, les centres d'accueil, les pensionnats, les couvents, les familles d'accueil, les foyers de transition, les maisons de chambre ne font pas partie de l'échantillon. Les itinérants en sont aussi exclus.

Un volet santé mentale dans la lignée de l'épidémiologie sociale

Le volet santé mentale est développé dans l'enquête Santé Québec en fonction d'une vision globale des problèmes de santé. Il s'inscrit aussi dans la ligne de pensée des études dites d'épidémiologie sociale qui, depuis quarante ans en Amérique du Nord, explorent l'association entre environnement et problèmes de santé mentale. Pour bien com-

prendre la démarche qui a mené au choix de la définition opérationnelle de la santé mentale et à la sélection des instruments pour la mesurer, il nous semble essentiel de résumer très brièvement le cheminement historique de trois générations de chercheurs, guidés tour à tour par trois théories différentes sur la causalité des troubles mentaux (Dohrenwend et Dohrenwend, 1982).

De Jarvis (1855) jusqu'à la deuxième guerre mondiale, les chercheurs sont convaincus de la nature endogène de la maladie mentale et font confiance à la capacité des médecins de l'identifier. Les recherches tentent donc, en toute logique, d'estimer à partir des cas traités la distribution des pathologies psychiatriques connues parmi la population.

Avec l'entrée en guerre des États-Unis en 1942, les théories de la causalité endogène se heurtent à des réalités qui les ébranlent sérieusement. Les psychiatres de l'armée américaine ont de la difficulté à identifier parmi les hommes en bonne santé les sujets aptes à faire partie des troupes d'outre-mer. En particulier, l'examen psychiatrique ne permet pas de prédire avec fiabilité quels soldats développeront des troubles de comportement sévères à la suite d'une exposition aux combats ou à un emprisonnement. Cette situation aura deux conséquences majeures sur la recherche des trente années suivantes.

1) L'utilité et la validité des diagnostics psychiatriques sont remises en question. Dès 1943, le Army Research Branch de l'armée américaine développe des «check lists» de symptômes pour compléter le «screening» psychiatrique des nouvelles recrues. Ces «check lists» sont à l'origine de la conception des échelles de santé mentale qui connaîtront une expansion et une utilisation phénoménales jusqu'à la fin des années 70.

2) Les décompensations majeures déclenchées par une exposition au combat ou aux camps de prisonniers chez des sujets sans histoire psychiatrique soulèvent l'hypothèse d'une causalité exogène dans le déclenchement et le développement des troubles du comportement.

De nombreuses recherches sont alors entreprises pour explorer la validité de ces théories. Elles ne se font plus auprès de cas identifiés dans les institutions mais parmi la population générale. Elles utilisent les échelles de santé mentale qui tentent d'identifier les personnes porteuses de symptômes assez nombreux

ou intenses pour justifier une intervention. Les études se penchent sur l'association entre la cote obtenue à une échelle et les conditions de l'environnement. C'est le dénominateur commun des enquêtes menées de 1950 à 1980. (Leighton et al., 1963; Srole et al., 1962; Pearlman et al., 1978).

Pendant que se développe l'épidémiologie sociale, une recherche épidémiologique plus traditionnelle se poursuit et accumule des arguments en faveur de la complexité des facteurs étiologiques dans le domaine des maladies mentales (Rosenthal et Kety, 1968) et de la spécificité des syndromes psychiatriques. L'absence de consensus parmi les cliniciens sur les critères essentiels à la délimitation d'un diagnostic a retardé la mise au point d'instruments de mesure permettant d'identifier la présence de syndromes psychiatriques spécifiques parmi la population générale. L'adoption du DSM III (1980) a permis d'amorcer un consensus entre cliniciens et chercheurs et de développer des instruments visant à explorer une nouvelle hypothèse de la troisième génération de chercheurs encore à ses débuts, à l'effet que les désordres mentaux se manifesteraient sous forme de syndromes spécifiques ayant chacun une étiologie propre.

On retrouvera les éléments de cette synthèse rapide dans Weissman et Klerman, 1978; Robins, 1981; Dohrenwend et Dohrenwend, 1982; Eaton et al., 1985.

Le volet santé mentale de l'enquête Santé Québec se situe dans la tradition des études de la deuxième génération qui rejoignent son cadre conceptuel.

Cadre schématique : déterminants et indicateurs de santé mentale

Parmi les déterminants de la santé mentale, l'accent a été mis sur :

- les caractéristiques socio-démographiques telles que le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le statut occupationnel, la scolarité, la religion, la langue d'usage³;
- les habitudes de vie et l'état de santé général⁴;
- quatre événements de déstabilisation familiale ayant pu survenir avant l'âge de 12 ans (événements anciens);
- huit événements potentiellement stressants ayant pu survenir dans l'année précédant l'enquête (événements récents);

- le soutien social considéré comme variable tampon (stress bufferer) s'interposant entre les conditions de l'environnement et l'état de santé mentale, malgré qu'il puisse se concevoir aussi comme une donnée de l'environnement.

La santé mentale en elle-même est saisie à l'aide de quatre indicateurs :

- la santé mentale positive (le bien-être psychologique);
- la détresse psychologique;
- les idéations et les tentatives suicidaires;
- les troubles psychologiques sévères au sein des ménages.

L'objectif de l'enquête est d'établir la prévalence des indicateurs, de vérifier la présence et la force des associations entre déterminants et indicateurs, de vérifier l'interaction du soutien social avec les déterminants et les indicateurs. Ce cadre conceptuel est schématisé dans le tableau 2.

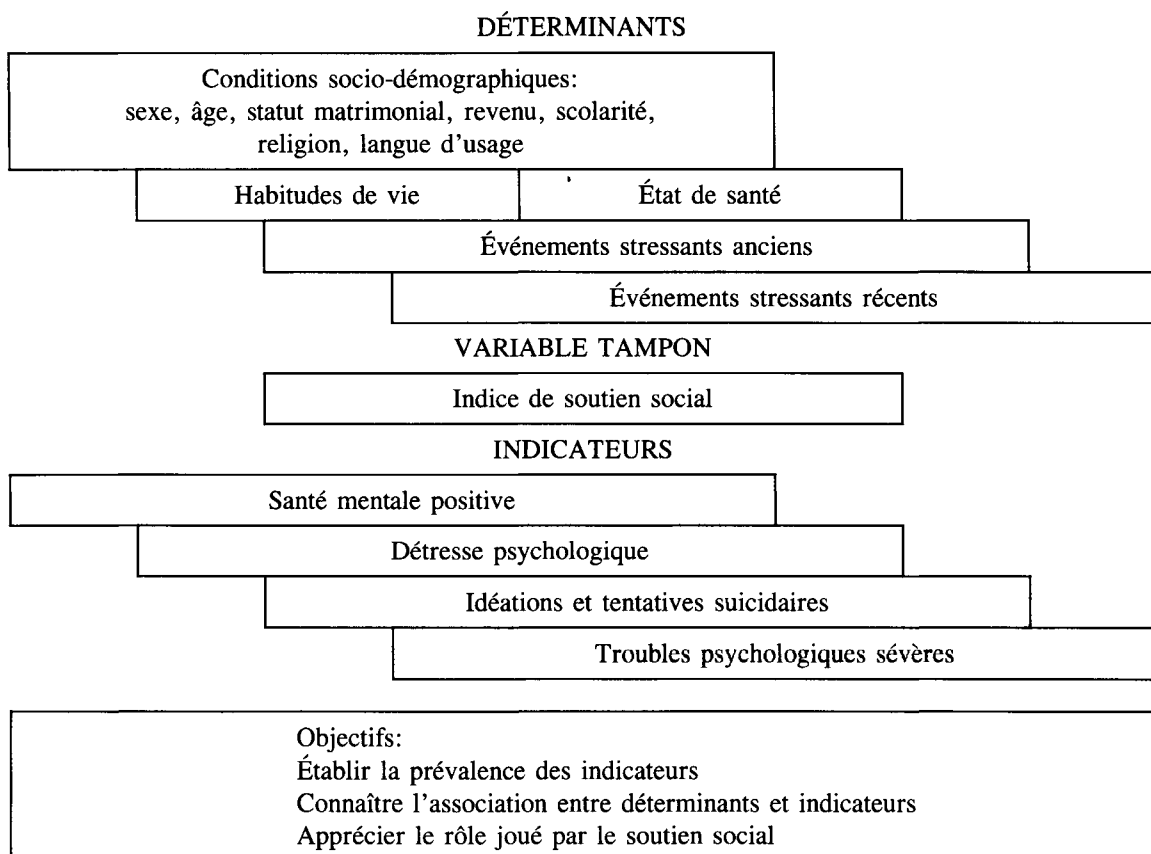
Les déterminants de la santé mentale

Nous ne nous attarderons pas sur les conditions socio-démographiques qui apparaissent normalement comme variables dans toutes les enquêtes de santé. Voyons plutôt des variables choisies spécifiquement pour leur lien présumé avec l'état de santé mentale, soit les événements stressants et le soutien social.

Les événements stressants récents

Depuis la dernière guerre, une des percées majeures de la recherche en santé mentale a été d'identifier certains événements comme source de stress pouvant accroître la vulnérabilité aux problèmes psychologiques (Holmes et Rahe, 1967; Paykel, 1971; Klerman, 1982). Au fur et à mesure que la recherche se développait dans ce domaine, la

TABLEAU 2
Cadre conceptuel du volet santé mentale



complexité du processus est apparue. Le contexte social dans lequel l'événement survient semble être aussi important que l'événement lui-même. L'impact d'un événement stressant varie avec le soutien social reçu par la personne affectée et ses caractéristiques socio-démographiques (Brown et Harris, 1978; Brown, 1981; Gore, 1981; Dohrenwend et Dohrenwend, 1981). Depuis 1970, toutes les enquêtes de santé mentale essaient donc de mesurer l'impact d'événements dits stressants.

Qu'est-ce qu'un événement stressant? Pour certains chercheurs, tout événement, heureux ou malheureux, qui entraîne un changement dans la vie de l'individu est une source potentielle de stress, donc de vulnérabilité (Paykel, 1971). D'autres pensent au contraire que seuls des événements perçus comme éprouvants, et perturbant de façon importante la vie des individus, doivent être considérés comme stressants. Comme l'association entre l'événement stressant et la vulnérabilité n'est pas toujours facile à établir, certains conseillent de s'en tenir aux événements qui s'avèrent significatifs d'une recherche à l'autre (Dohrenwend et Dohrenwend, 1984).

L'enquête Santé Québec a retenu huit événements qui sont reconnus comme les plus susceptibles d'entraîner un stress sévère d'après l'échelle de Holmes et Rahe. Ce sont :

- le déménagement en dehors de sa région;
- la perte d'un emploi régulier;
- l'arrivée à la retraite;
- une grave maladie personnelle;
- la maladie grave d'un membre de sa famille;
- la séparation ou le divorce;
- le décès du conjoint;
- le décès d'un être cher autre que le conjoint.

Au début, pour être considérés, ces événements devaient être survenus dans les douze mois précédant l'enquête. Pour mieux qualifier l'ampleur de l'impact, on demandait au répondant de préciser si l'événement avait été perçu comme pas, peu, ou très stressant. La même procédure a été utilisée par le Epidemiological Catchment Area Program (ECA, 1985). Un indice de stress global a été construit par la suite pour faciliter l'analyse des premiers résultats.

Les événements stressants anciens

À notre connaissance, les enquêtes de santé mentale menées dans la population ne s'intéressent

qu'aux événements survenus dans un passé très proche. Cela s'explique très bien car les chercheurs se méfient du «recall memory». On a démontré que la mémoire concernant les faits passés peut être une source importante d'erreur. Quand le laps de temps écoulé entre un événement et la cueillette des données est supérieur à douze mois, les répondants ont tendance à oublier l'événement, à sous-estimer ou encore à sur-estimer son impact émotionnel (Neugebauer, 1981).

Par contre, la littérature clinique et la recherche concernant les enfants et les adolescents font grand cas des répercussions à l'adolescence et à l'âge adulte d'événements traumatisants survenus dans l'enfance, tels que le décès ou la séparation des parents et le placement en famille d'accueil (Brown et Harris, 1978; Bowlby, 1974; Lemay, 1980; Tounsignant et al., 1984). Dans une démarche qui se veut exploratoire, l'enquête Santé Québec a donc pris l'initiative de poser quatre questions sur des événements presque impossibles à oublier, survenus avant l'âge de douze ans, et reconnus dans le domaine clinique comme source de difficultés potentielles pour le développement psychologique. Ces événements sont :

- le décès de la mère;
- le décès du père;
- le divorce ou la séparation des parents;
- le placement en famille d'accueil.

On demande simplement au répondant si oui ou non il a vécu un ou plusieurs de ces événements avant l'âge de 12 ans.

Du point de vue de l'analyse statistique, ces variables sont particulièrement intéressantes à cause de leur antériorité par rapport aux autres données. Les répondants au QAA ont 15 ans et plus; les événements en question sont donc antérieurs d'au moins trois ans à la cueillette des données. On peut donc dans ce cas nettement distinguer le temps de l'exposition à un facteur de risque de l'état de santé à l'âge adulte. Des analyses secondaires pourront établir si ces événements ont un effet durable significatif sur la santé mentale des personnes âgées de 15 ans et plus.

Le soutien social

«Parmi les nombreux déterminants sociaux et psychiques de la santé et de la maladie, un aspect revient avec insistance chez les chercheurs et pra-

ticiens provenant des horizons les plus divers : l'impact sur la santé de la présence ou de l'absence d'intégration sociale, de réseaux sociaux d'interaction et de support auxquels les individus ont ou non accès» (Bozzini et Tessier, 1985).

S'il est facile d'accepter intuitivement l'importance du soutien social dans la vie et la santé des individus, mesurer adéquatement cette importance dans une enquête de santé est une toute autre histoire. Une enquête de santé nécessite une multitude de questions mais un questionnaire trop long risque de décourager les répondants. Il faut donc se limiter dans l'exploration des domaines retenus pour investigation ... en particulier dans l'exploration des innombrables composantes du soutien social.

L'enquête Santé Québec l'a conceptualisé de la façon suivante : C'est le support, émotionnel ou autre, auquel un individu devrait pouvoir faire appel dans son entourage immédiat et significatif (conjoint, amis, enfants) quand il en a besoin. Une personne qui n'a ni famille ni amis ne peut compter sur personne quand elle a besoin de soutien. Une telle personne est dans une situation dite d'isolement social. D'autre part, le fait d'être entouré ne garantit pas le recours à l'entourage en cas de besoin d'aide concrète ou émotionnelle. La perception qu'une personne a de ses relations avec son entourage immédiat est un des meilleurs indices de l'utilisation qu'elle fera de son réseau social en cas de stress (Lin et al., 1986; Wettington et Kesler, 1986).

L'enquête Santé Québec a donc choisi d'évaluer la satisfaction des répondants à l'égard des éléments suivants :

- leur vie sociale en général ;
- leurs rapports avec leurs amis, leur conjoint et leurs enfants.

À cause de l'importance que lui attribuent certaines recherches, une question a été formulée sur la présence ou l'absence d'un(e) confident(e), et une autre, sur l'accessibilité à l'aide de l'entourage en cas de besoin (Brown et Harris, 1978; Brown, 1981; Dean et Tansig, 1986).

Enfin, deux questions ont pour but de quantifier la participation à des activités de loisir avec les amis et la parenté au cours de la dernière année et au cours des deux derniers mois.

Les indicateurs de la santé mentale

La santé mentale positive (bien-être psychologique)

À la suite de Santé Canada, Santé Québec a cherché à savoir quel était le degré de bien-être psychologique éprouvé par les répondants. Le concept de santé mentale positive (Jahoda, 1958) est attrayant pour les intervenants mais difficile à cerner pour les chercheurs.

Pour mesurer la santé mentale positive, on utilise des échelles de bien-être psychologique appelées parfois «happiness scales». Ces échelles ont été la cible de nombreuses critiques pour des raisons de fiabilité et de validité ; ... «there remains an age old debate on what happiness is and if it can be measured» (Diener et Emons, 1984).

L'enquête Santé Québec a utilisé une version abrégée et considérablement modifiée du General Well Being Scale (Dupuy, 1974) qui a été désignée sous le vocable de Bien-Être Santé Québec (BESQ). Sept dimensions du bien-être sont explorées : l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur générale, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Pour chacune des dimensions, un item explore l'affect positif et un autre, l'affect négatif ; l'instrument comporte donc 14 items reproduits au tableau 3.

La pertinence de l'instrument, à notre avis, sera établie au moyen d'analyses secondaires de l'enquête portant sur la validité des critères.

La détresse psychologique

Bien qu'elle soit connue depuis longtemps, méthodologiquement parlant, la détresse psychologique est un concept nouveau. Jusqu'en 1980 les échelles de santé mentale cherchaient à estimer indirectement la prévalence des pathologies psychiatriques en identifiant les personnes ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe désigné comme «très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessiterait une intervention» (Radloff, 1977). D'une recherche à l'autre, les écarts d'estimation étaient d'une telle ampleur que la fiabilité et de la validité des échelles de santé mentale ont été remises en question. Dans une critique exhaustive menée pour le compte

TABLEAU 3
Dimensions explorées par le BESQ (QAA)¹
Échelle de bien-être psychologique

DIMENSIONS	AFFECT POSITIF					AFFECT NÉGATIF					TOTAL
QAA 92		I Presque jamais	II Moins de la moitié temps	III Plus de la moitié du temps	IV La plupart du temps		I Presque jamais	II Moins de la moitié du temps	III Plus de la moitié du temps	IV La plupart du temps	
1. Énergie	a. Je me suis senti(e) plein(e) d'entrain et d'énergie	0	1	2	3	1. Je me suis senti(e) épuisée(e), usé(e) à bout	3	2	1	0	
2. Contrôle des émotions	c. Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (de ne pas me sentir poigné(e) en-dedans)	0	1	2	3	1. J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir «poigné(e)» en-dedans	3	2	1	0	
3. Humeur générale	g. Je me suis senti(e) de bonne humeur et le cœur léger	0	1	2	3	c. Mon moral était plutôt bas	3	2	1	0	
4. Intérêt face à la vie	l. Il s'est passé des tas de choses intéressantes	0	1	2	3	d. La vie a été plutôt ennuyeuse	3	2	1	0	
5. Stress ressenti	m. Je me suis senti(e) suffisamment détendu(e)	0	1	2	3	l. J'étais tendu(e) sur les nerfs	3	2	1	0	
6. Perception de l'état de santé	b. Je n'ai pas eu de problème avec ma santé	0	1	2	3	k. Je me suis fait du souci avec ma santé	3	2	1	0	
7. Isolement émotionnel	n. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e)	0	1	2	3	h. Je me suis senti(e) passablement seul(e)	3	2	1	0	

1. Tiré de Perrault, C., Les Mesures de Santé mentale. Possibilités et Limites de la Méthodologie utilisée, Santé-Québec, *Cahier Technique* 87-06.

du National Institute of Mental Health, Link et Dohrenwend ont démontré que les échelles de santé mentale mesuraient autre chose que ce qu'elles étaient censées mesurer. On ne pouvait s'y fier pour établir la prévalence des personnes porteuses d'un diagnostic psychiatrique. Par contre, elles se révélaient d'excellents instruments de mesure pour l'identification d'une entité que ces auteurs nomment «demoralization» et que d'autres préfèrent appeler «psychic distress». La détresse peut affecter jusqu'au quart de la population et est un facteur important à l'origine des demandes de services en santé mentale, elle est de plus associée au stress et à plusieurs pathologies mentales. Son identification dans une population générale peut donc être d'une grande utilité aux planificateurs (Link et Dohrenwend, 1980). Depuis

la publication de cet article, les échelles de santé mentale sont utilisées spécifiquement pour mesurer la détresse psychologique.

Pour mesurer la détresse psychologique, l'enquête Santé Québec a utilisé une version adaptée de l'échelle de santé mentale validée par F.W. Ilfeld lors d'une vaste recherche sur le stress et la santé mentale menée à Chicago dans les années 70 (Pearlman, 1981; Ilfeld, 1978). L'échelle se compose de 39 items choisis parmi les symptômes caractéristiques des syndromes de la dépression, de l'anxiété, des troubles cognitifs et de l'agression⁵.

L'applicabilité au Québec de cette échelle, dans ses versions anglaise et française, a été vérifiée en région urbaine et en région rurale (Kovess, 1985). Conçue à l'origine pour être administrée par un

intervieweur, elle a été incorporée dans le questionnaire auto-administré.

L'objectif de l'enquête Santé Québec à cet égard est de connaître le pourcentage de la population affecté par un haut niveau de détresse. À quel seuil situer ce niveau de partage entre le normal et le pathologique? C'est là le cauchemar méthodologique de tous les chercheurs qui utilisent les échelles de santé mentale. Il n'existe pas de critères objectifs permettant de décider qu'à partir de telle quantité de symptômes un individu passe du groupe normal au groupe pathologique. Ça n'existe ni pour le R.S.I. ni pour les autres échelles de ce type. Le problème peut être comparé au problème de la définition exacte du seuil de la pauvreté. Dans ce dernier cas, on contournera le problème en divisant la population selon les quintiles de revenu. Il est alors possible de comparer, par exemple, les caractéristiques des personnes qui se situent dans le quintile de revenu supérieur avec celles des personnes qui se situent dans un des quatre autres quintiles. L'enquête Santé Québec a utilisé un procédé analogue en divisant la population des répondants en cinq quintiles selon les cotes obtenues au moyen de l'échelle Ilfeld. Le quintile (c'est-à-dire les 20%) des répondants qui obtiennent les cotes les plus élevées à l'échelle Ilfeld a été désigné comme le niveau de détresse le plus élevé et les caractéristiques de ces personnes sont comparées à celles des personnes faisant partie des autres quintiles.

Les idéations et les tentatives de suicide

L'enquête Santé Québec a considéré comme un indicateur spécifique et pertinent de la santé mentale les idéations et les tentatives suicidaires. Habituellement lorsque les enquêtes de santé générale d'une population comportent des questions sur les comportements suicidaires, ces questions font partie intégrante d'une échelle de santé mentale ou d'un instrument diagnostique⁶. Dans l'enquête Santé Québec, le taux de non-réponse à ces questions est inférieur à 4%. Ce faible taux permet de penser que le QAA confidentiel est une bonne formule d'exploration de ces comportements.

Les questions sur les comportements suicidaires sont les suivantes (QAA 59 à 62):

- Vous est-il déjà arrivé de penser sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie)? Oui... Non...

- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois? Oui... Non...
- Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? Oui... Non...
- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois? Oui... Non...

Les troubles psychologiques qualifiés de sévères

Les réponses aux questions portant sur les troubles psychologiques qualifiés de sévères forment le seul indicateur de santé mentale identifié par une tierce personne et non par la personne qui éprouve ces problèmes. Les questions suivantes sont posées au répondant attiré du ménage:

Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente:

- 1) un problème de déficience mentale? (QRI 451);
- 2) un problème de dépression? (QRI 45m);
- 3) des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité? (QRI 45y);
- 4) des périodes de confusion ou de pertes de mémoire fréquentes importantes? (QRI 45z);
- 5) des périodes de six mois ou plus à avoir des visions, à entendre des voix ou à penser que quelqu'un l'espionne? (QRI 45bb).

Les questions 1 et 5 ne posent pas de problèmes d'interprétation majeurs. On peut penser qu'un oui à ces questions identifie une personne affectée de déficience intellectuelle ou de troubles psychotiques graves.

Par contre, les trois autres questions demandent une extrême prudence dans l'interprétation des résultats. Au Québec, le langage populaire a tendance à regrouper sous le vocable «dépression» une variété de comportements qui vont des périodes de perte d'entrain passagères à la dépression clinique. La grande nervosité et l'irritabilité sont des qualificatifs sujets à autant d'interprétations qu'il y a de répondants. D'autre part, ce sont des comportements associés à un grand nombre de problèmes de santé. Les états de confusion et les pertes de mémoire fréquentes et importantes peuvent être associés à des problèmes de santé mentale mais aussi à des problèmes neurologiques ou cérébro-vasculaires. L'explication de leur prévalence doit donc se faire avec beaucoup de précaution.

Discussion

L'enquête Santé Québec constitue la première enquête d'envergure menée dans la population générale qui cherche à documenter certains aspects de la santé mentale. Dans un contexte de pénurie de données en santé mentale, une des erreurs serait d'espérer trouver dans cette enquête des réponses auxquelles le genre de questions posées ne peut conduire.

L'analyse critique du volet santé mentale de l'enquête Santé Québec doit se faire à notre avis en tenant compte des limites inhérentes à une enquête de santé transversale, menée auprès d'une population générale. Les enquêtes de santé transversales sont des enquêtes dont les données concernant une même personne sont recueillies en une seule fois. Si elles sont utiles pour connaître la distribution des problèmes de santé à un moment précis, elles ne permettent pas de documenter leur évolution; pour cela il faut répéter l'enquête à intervalles réguliers, ce qui est d'ailleurs prévu pour Santé Québec.

Comme nous le faisons remarquer au début de l'article, l'enquête Santé Québec ne contient aucune information sur les personnes résidant ailleurs que dans un ménage privé. En particulier on n'y trouve pas d'informations sur les caractéristiques et les besoins de services des personnes institutionnalisées ou en processus de réinsertion sociale. De plus, étant donné l'utilisation d'un questionnaire auto-administré disponible en anglais et en français seulement, il est raisonnable de penser que les analphabètes fonctionnels et un grand nombre d'immigrants rejoints ont été incapables de remplir le questionnaire.

Par contre, dans la population des ménages privés francophones, anglophones et alphabétisés, l'enquête Santé Québec permettra d'apprécier la force de l'association statistique entre déterminants et indicateurs, et de quantifier l'impact d'un ensemble de problèmes de santé sur la capacité fonctionnelle. Il sera donc possible d'identifier, au sein de la population générale, des groupes à risque, des populations cibles et des besoins de soins et services. Toutefois, les études transversales ne peuvent en général établir de relation de cause à effet entre déterminants et indicateurs comme le ferait une recherche épidémiologique ayant pour objectif de tester une hypothèse causale; elles servent davan-

tage à identifier des pistes utiles à la formulation de questions de recherches pour des études ultérieures.

À ce titre l'identification au sein de la population générale des idéations et des tentatives suicidaires constitue peut-être l'indicateur de santé mentale le plus prometteur. Le grand nombre de répondants permettra, au fur et à mesure que les analyses secondaires seront effectuées, de préciser les groupes à risque et de formuler des hypothèses de recherche de nature à faire progresser nos connaissances.

L'indice de détresse psychologique risque de se révéler un indicateur décevant. S'il permet d'identifier dans la population générale des individus ou des groupes d'individus à un niveau de détresse psychologique élevé, cet indicateur ne fournit pas d'information précise sur la nature ou la gravité du problème sous-jacent à l'origine de cette détresse. Cela tient à plusieurs raisons dont les plus importantes, à notre avis, sont les deux suivantes.

- 1) Les échelles de santé mentale sont composées d'un assez grand nombre d'items ou de questions concernant une variété de symptômes qui s'additionnent pour le calcul du score global de détresse psychologique d'un individu. Tous les items ont le même poids. Par exemple dans l'échelle d'Ilfeld la question 33: «Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?», est cotée de la même façon que la question 48: «Au cours de la dernière semaine, avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?» Il est possible que l'attribution d'un poids égal à tous les items introduise un biais systématique dans le score global de l'échelle. Ainsi Newman soutient que les femmes obtiennent des scores plus élevés que les hommes à ces échelles parce qu'elles ont tendance à rapporter un nombre plus élevé de symptômes positifs que les hommes. Par contre, lorsqu'on pondère les différentes questions d'une échelle de santé mentale, selon l'importance qui leur serait accordée au cours d'une évaluation psychiatrique, la différence entre hommes et femmes au sein d'une population générale tend à s'annuler (Newman et al., 1985). La sévérité des symptômes rapportés serait aussi importante que leur quantité. Or, pour les échelles de santé mentale, le score global de détresse psychologique ne tient compte que du nombre de symptômes rapportés et de

leur fréquence pendant un laps de temps donné (dans l'enquête Santé Québec, les sept jours précédant l'administration du questionnaire).

- 2) L'indicateur «détresse psychologique», tel que mesuré par les échelles de santé mentale, ne fournit pas d'information sur l'étiologie ou la durée du problème à l'origine de cette détresse. En ce sens, la détresse psychologique peut se comparer à la fièvre; la température du corps est un indicateur utile pour infirmer ou confirmer la présence d'un foyer d'infection, mais, à elle seule, elle ne donne aucun renseignement sur la nature et la sévérité de l'infection. Le problème peut être bénin — poussées de fièvre soudaine et de courte durée chez de jeunes enfants — ou sérieux, comme dans le cas d'une méningite par exemple.

Il en va de façon analogue pour la détresse; une fois la détresse identifiée, il demeure nécessaire de qualifier la nature du problème qui en est la source, avant de pouvoir se prononcer sur sa gravité. Deux personnes peuvent obtenir des taux élevés de détresse psychologique, l'une parce que son mari est décédé quelques jours auparavant, l'autre parce qu'elle souffre de dépression majeure. L'enquête Santé Québec ne permet pas de classer ces répondantes selon la source de leur détresse; elle permet tout au plus de les classer selon le niveau de détresse atteint.

L'identification des groupes à risque susceptibles d'éprouver de hauts niveaux de détresse ne donne pas de renseignements suffisants pour qualifier la gravité de la détresse, pas plus que le fait de savoir que les enfants en jeune âge sont sujets à de fréquentes poussées de fièvre ne renseigne sur la nature des infections à l'origine de la fièvre.

C'est pour des raisons de ce genre que se développent et sont testés depuis quelques années de nouveaux questionnaires qui ont pour but, non seulement d'identifier, mais aussi de qualifier les symptômes rapportés, afin de pouvoir documenter l'absence ou la présence d'un diagnostic psychiatrique spécifique au sein de la population générale (Robins, 1981).

Pour ce qui est de la santé mentale positive et des problèmes psychologiques qualifiés de sévères, des analyses secondaires des données de l'enquête sont nécessaires pour apprécier à leur juste valeur le potentiel de ces indicateurs. L'enquête Santé Qué-

bec contient aussi, et c'est là une de ses originalités, des données de santé mentale sur tous les membres du ménage; il y a donc une foule d'analyses à explorer sur la santé mentale familiale, les relations entre la présence de problèmes de santé chez les uns et l'indice de détresse psychologique chez les personnes qui vivent sous le même toit. L'enquête Santé Québec ne révélera son potentiel réel qu'une fois les analyses secondaires réalisées; c'est pour cela que les administrateurs de l'enquête ont tenu à faciliter l'accès des fichiers de données aux chercheur(e)s. En quelque sorte, il est peut-être trop tôt pour faire une véritable critique du volet santé mentale de l'enquête Santé Québec.

Conclusion

Santé Québec est une enquête de santé comportant un volet santé mentale effectuée dans la population générale. La prévalence totale des problèmes de santé ne peut être estimée puisque seuls les ménages privés sont considérés. Le questionnaire QAA dans lequel sont inclus la majorité des renseignements sur la santé mentale exige une bonne compréhension de la langue écrite, française ou anglaise. A toutes fins pratiques, les analphabètes et les immigrants qui ne lisent pas le français ou l'anglais sont exclus de l'enquête.

Par contre, pour la première fois au Québec, nous avons des données sur la détresse psychologique et les comportements suicidaires qui ne sont pas biaisés par l'origine de la source de données, comme le sont par exemple les services de santé mentale où une sélection des sujets s'opère selon des critères personnels ou administratifs. Les analyses secondaires pourront conduire à des hypothèses de recherche spécifiques et à perfectionner les instruments pour une prochaine enquête. Si ses fichiers stimulent l'intérêt des chercheurs en santé mentale pour l'exploitation secondaire des données de santé mentale, Santé Québec aura atteint un de ses principaux objectifs.

Notes

1. Les fichiers de données sont facilement accessibles dans les universités et les D.S.C., et la direction de Santé Québec espère qu'ils seront utilisés, pour des analyses secondaires, par les chercheur(e)s de diverses disciplines.
2. D'après le tableau: «Thèmes retenus pour l'enquête Santé Québec», reproduit dans la préface de tous les *Cahiers techniques* de Santé Québec.

3. Pour une liste détaillée des déterminants socio-démographiques, consulter la série des *Cahiers techniques* de Santé Québec.
4. L'état de santé, mesuré par l'indice RIDIT, tient compte des problèmes de santé rapportés et de l'incapacité qui en résulte. Il a été ajouté aux déterminants de la santé mentale au moment de l'analyse préliminaire des données à cause de sa forte association avec la détresse psychologique.
5. En général les items inclus dans ce type d'échelles tiennent compte des symptômes qui, dans les échelles de conception antérieure, ont obtenu les coefficients alpha les plus élevés. Ces échelles comprennent aussi les items qui, lors des pré-tests en milieu clinique, obtiennent les cotes les plus significatives pour l'attribution d'un diagnostic psychiatrique.
6. Une enquête de santé menée en Alberta a procédé de la même façon.

Références

- American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition (DSM III).
- Barrera, M., 1986, Distinctions between social support concepts, measures and models, *American Journal of Community Psychology*, 14, no. 4, 413-445.
- Bowlby, J., 1979, *Loss and Depression*, tome 3, Tavistock, Londres.
- Bozzini, L., Tessier, R., 1985, Support social et santé in Dufresne, J., Dumont, F., Martin, Y., eds, *Traité d'Anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 905-939.
- Brown, G.W., 1981, Social conditions related to the life stress process: contextual measures of life events in Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., eds, *Stressful Life Events and their Contexts*, Drodist, New-York, 186-201.
- Brown, G.W., Harris, T., 1978, *Social Origins of Depression*, Tavistock, Londres.
- Bryant, F.B., Veroff, J., 1984, Dimensions of subjective mental health in american men and women, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 116-135.
- Chenard, L., Drouin, D., Levasseur, M., 1985, *Mesure de l'état de santé*, document de travail du comité d'analyse de Santé Québec, Santé Québec, document interne.
- Dean, A., Tansig, M., 1986, Measuring intimate support: the family and the confidant in Lin, N., Dean, A., Ensel, W., eds, *Social Support, Live Events and Depression*, Academic Press, New-York, 117-128.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., 1982, Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology, *American Journal of Public Health*, 72, 1271-1279.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S. et al., 1984, Symptoms, hassless, social supports and life events: problems of confounded measures, *Journal of Abnormal Psychology*, 92, no. 2, 222-230.
- Dupuy, H.J., 1980, *The Research Edition of the General Psychological Well Being Schedule*, document non publié du National Center for Health Statistics, Hyattsville.
- Eaton, W.W., Regier, D.A., Locke, B.Z. et al., 1981, The Epidemiological Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health, *Public Health Report*, 96, no. 4, 319-326.
- National Institute of Mental Health, 1985, *Measure Instruments of the Epidemiological Catchment Area Program*, Phase II, St-Louis Health Study.
- Ensel, W., Woelfel, M., 1986, Measuring the instrumental and expressive functions of social support in Link, N., Dean, A., Ensel, W., eds, *Social Support, Life Events and Depression*, Academic Press, New-York, 129-152.
- Fazio, A.F., 1977, *A Concurrent Validation Study of the NCHS General Well Being Schedule*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, DHEW Publication (HRA), 78-1347.
- Gore, S., 1981, Stress buffering functions of social supports in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., eds, *Stressful Life Events and their Contexts*, Prodist, New-York, 223-233.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H., 1967, The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Ilfeld, F.W., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Jahoda, M., 1958, *Current Concepts of Positive Mental Health*, Basic Books, New-York.
- Jarvis, E., 1855, *Insanity and Idiocy in Massachusetts: Report of the Commission on Lunacy*, Réédition, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Klerman, G.L., 1982, The psychiatric revolution of the past twenty five years in Gove, W.G., ed., *Deviance and Mental Illness*, Sage Publications, Beverly Hills, 177-198.
- Kovess, V., Tousignant, M., Murphy, H.M., 1982, *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.
- Kovess, V., Tousignant, M., Murphy, H.M., 1985, Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski, tomes I et II, Unité de recherche psycho-sociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.
- Lemay, M., 1980, *J'ai mal à ma mère*, Éditions du Jour, Montréal.
- Leighton, D., Harding, J.S., Macklind, B. et al., 1963, *The Character of Danger*, Stirling County Study, Basic Book, New-York.
- Lin, N., Dean, A., Ensel, W., 1986, *Social Support, Life Events and Depression*, Academic Press, New-York.
- Link, B., Dohrenwend, B., 1980, Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States in B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S. Link, B., Neugebauer, R., Winsch-Hutzig, R.,

- eds, *Mental Illness Estimates for the United States in the Eighties*, Praeger, New-York, 114-132.
- Neugebauer, R., 1981, The reliability of life events reports in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., eds, *Stressful Life Events and their Contexts*, Prodist, New-York, 85-107.
- Newmann, J.P., 1984, Sex differences in symptoms of depression: clinical disorder or normal distress?, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 136-159.
- Paykel, E.S. et al., 1971, Scaling of life events, *Archives of General Psychiatry*, 25, 340-347.
- Perrault, C., Légaré, G., Boyer, R., Blais, L., 1988, Santé Mentale in *Et la santé ça va ?*, Les Publications du Québec, Québec, 123-149.
- Radloff, L.S., 1977, The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. et al., 1981, National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics and validity, *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Rosenthal, D., Kety, S.S., 1968, *The Transmission of Schizophrenia*, Pergamon Press, New-York.
- Santé Canada, 1981, *La santé des Canadiens: rapport de l'Enquête Santé Canada*, Statistique Canada (Division de la santé), Ottawa.
- Santé Québec, 1987-88, *Série des Cahiers techniques*:
 02: Plan de sondage de l'enquête Santé Québec.
 03: Source et justification des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec.
 04: Mode d'utilisation des instruments de l'enquête Santé Québec.
 06: Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée.
- Santé Québec, 1988, *Et la santé ça va ?*, Les Publications du Québec, Québec, Tomes 1 et 2.
- Schwab, J.J., Schwab, M.E., 1978, *Sociocultural Roots of Mental Illness: an Epidemiological Survey*, Plenum Medical Book co., New-York.
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T. et al., 1962, *Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill Book co., New-York.
- Statistique Canada, 1986, *Dictionnaire du recensement canadien de 1986*, catalogue.
- Tousignant, M., Hannigan, D., Bergeron, L., 1984, Le mal de vivre comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 9, no. 2, 122-133.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., 1978, Epidemiology of mental disorder, *Archives of General Psychiatry*, 35, 705-712.
- Wethington, E., Kessler, R.C., 1986, Perceived support, received support and adjustment to stressful life events, *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.

SUMMARY

The Santé Québec study is the most important inquiry into health yet undertaken in Quebec on life habits and the physical and psychological state of health of almost 20,000 persons aged 15 years and over living in private homes. The mental-health section of the study is situated within the tradition of socio-epidemiological inquiries. The article describes the reasoning behind the choice of mental-health indicators (psychological well-being, psychological distress, suicide thoughts and attempts, several severe psychological problems) and the measuring instruments. The study's usefulness and limits are discussed.